



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2018

Mehrfach komplex erkrankt: Welche Weichenstellungen sind für eine gute Versorgung nötig?

Battegay, Edouard ; Zeltner, Thomas

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003021>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-158142>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Battegay, Edouard; Zeltner, Thomas (2018). Mehrfach komplex erkrankt: Welche Weichenstellungen sind für eine gute Versorgung nötig? *Praxis*, 107(13):675-676.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003021>

Mehrfach komplex erkrankt: Welche Weichenstellungen sind für eine gute Versorgung nötig?



Dieses Schwerpunktthema der Praxis basiert weitestgehend auf einer Tagung zu Multimorbidität, nämlich dem 2. Multimorbidity Day am Universitätsspital Zürich vom 23.11.2017, organisiert durch die Zurich Academy of Internal Medicine (<https://www.my-zaim.ch/veranstaltungen>). Ziel der vergangenen Veranstaltung und auch des kommenden 3. Multimorbidity Days am 22.11.2018 (<https://www.my-zaim.ch/veranstaltungen/multimorbidity-day-2018>) ist, spezifische Erkenntnisse über Multimorbidität für Ärzte und Ärztinnen, und in einer parallelen Veranstaltung für Policy Maker, Versicherer, Pharmafirmen, Ämter, NGOs zu schaffen.

Die explodierende und kaum mehr übersehbare Anzahl von Publikationen zu Multimorbidität löst sich langsam aus einer ersten Phase der undifferenzierten, rein quantitativen epidemiologischen oder konzeptionellen Betrachtungsweise. Publikationen werden analytischer und identifizieren spezifische, repetitiv auftretende Grundthematiken und bieten erste operative Lösungen an, so auch die Autoren dieser Schwerpunktnummer. Dafür gebührt Ihnen unser Dank! Möge diese Schwerpunktnummer der Praxis zu Multimorbidität spezifische fachliche Ideen und erste Impulse vermitteln.

Aber warum ist Multimorbidität überhaupt ein Problem? In einer schottischen, bevölkerungsbasierten Studie wiesen 23% der Bevölkerung zwei oder mehr «Disorders» auf [1]. Sie hatten also mehrere Erkrankungen gleichzeitig und waren mit der für die Studie verwendeten Definition damit multimorbide. Ähnliche Zahlen liegen auch für andere Länder vor [2, 3]. In stationärer Innerer Medizin sind gar 70–90% aller Hospitalisierten teilweise sehr schwer multimorbide [4, 5]. Diagnosen häufen sich zwar mit zunehmenden Alter, aber bereits jedes 50. Kind wies in der oben genannten schottischen Studie zwei oder mehr Disorders auf [1]. Die Komplexität der Herausforderungen und die Kosten steigen überproportional mit zunehmender Multimorbidität. Dies gilt sowohl in Bezug auf Einzelpatienten wie auch für das Gesundheitssystem insgesamt.

Krankheiten häufen sich in typischen Konstellationen, bzw. Clustern [2, 3, 5]. Typisch sind zum Beispiel ein «kardiovaskuläres Cluster» (Hypertonie, Diabetes, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, Niereninsuffizienz) oder ein «Drogenabususcluster» (intravenöser Drogenkonsum, schwere psychiatrische Morbidität, Entzugsprobleme, Hepatitis, Leberzirrhose). Zu letzterem Cluster gehören auch je nach Sozialsystem, so-

ziale Desintegration und entsprechende Belastungen für Betroffene, deren Familien und die Gemeinschaft.

Zudem kommt es durch die Kollision von für Einzelkrankungen vorgesehenen diagnostischen oder therapeutischen Prozessen zu sogenannten Disease-Disease Interactions (DDIs). Beispielsweise erschwert oder verunmöglicht eine akute Gastrointestinalblutung eine Antikoagulation für ein Vorhofflimmern. Wann kann die Antikoagulation wieder begonnen werden [6]? Und mit welchem Medikament? Oder eine hochdosierte Steroidtherapie wegen einer akut exazerbierten COPD (AECOPD) lässt einen ebenfalls vorhandenen Diabetes entgleisen (Tatalovic et al. Manuskript submitted) [7], oder eine Depression erschwert ausserordentlich häufig eine akut exazerbierte COPD [8] und wird verkannt. Im klinischen Alltag muss ein vorgegebenes, für eine Einzelerkrankung entwickeltes Schema dann angepasst werden. So betont der seit dem Jahr 2018 neu definierte MESH-Begriff «Multimorbidity» der US National Library of Medicine diese komplexen Interaktionen verschiedener Erkrankungen (Multimorbidity; The complex interactions of several co-existing diseases) [9]. Diese Umschreibung von Multimorbidität ist unseres Erachtens die beste und weitaus am wenigsten expansive Definition von Multimorbidität.

Die Multimorbidität ist allerdings noch nicht wirklich im medizinischen Mainstream angekommen. Weit verbreitete, von Fachgesellschaften, Spitälern und der Politik propagierte und auf Einzelerkrankung bezogene Qualitätsansprüche können nicht eingehalten werden, bzw. deren Einhaltung kann die Problematik verschärfen und die Patientensicherheit beeinträchtigen [10].

Der rationale und angemessene Einsatz der Mittel zur Betreuung multimorbider Patienten erfordert seitens fallführender Ärzte und Ärztinnen die Koordination von Fachexpertisen zur Auflösung von therapeutischen Konflikten. Das interdisziplinäre, interprofessionelle Gespräch wird zum Arbeitsinhalt. So bedingt moderne ärztliche Arbeit hohe Kommunikationsfähigkeit und Teamfähigkeit der beteiligten Personen sowie Anbieter im Gesundheitswesen. Zwar basiert das Medizinstudium in der Schweiz auf dem Canmeds-Modell der Ausbildung, in dem der Student auch zum «Communicator» ausgebildet werden soll [11]. Diesem Anspruch genügen die Studiengänge aber bei Weitem nicht. Unsere Aus- und Weiterbildungen, aber auch unsere Versorgungssysteme, sind ungenügend auf Multimorbidität ausgerichtet, obwohl es die gängigste Ausgangslage eines Patienten ist. Wie kann es sein, dass in unserer hochtechnisierten Nation ein national einheitliches, miteinander verbundenes

elektronisches Krankengeschichtensystem fehlt, dass wir aber seit Jahrzehnten fast überall Geld von unseren Konten mit Bankomaten unkompliziert abheben können? Wie modern ist ein wenig auf Kommunikation und Teamarbeit ausgerichtetes, vielfach von Spezialisten geführtes Aus- und Weiterbildungssystem? Wie sinnvoll ist ein beinahe ausschliesslich auf «Taten» spezialisiertes Tarifierungssystem insbesondere in Situationen von Multimorbidität? Und überhaupt: Spiegelt das Tarifierungssystem moderne ärztliche Arbeit oder verhindert es diese geradezu?

Die koordinierende, umfassende und nachhaltige Betreuung von Patienten muss vermehrt durchdacht und gezielt entwickelt werden. Das Bundesamt für Gesundheit hat in einer Themengruppe die «zunehmende Spezialisierung aus Sicht der Spitalorganisation» als Problem thematisiert [12] und im Herbst 2017 an einer Tagung «neue Versorgungsmodelle für multimorbide Patientinnen und Patienten» diskutiert. In den USA fordert das Konzept des «Advanced Medical Home» des American College of Physicians bereits 2006 eine Betreuung, die «patient-centered, comprehensive, coordinated and continuous» ist [13]. Entsprechende finanzielle Incentivierungen und andere Massnahmen wurden in die amerikanische US Patient Protection and Affordable Care Act (sogenannte Obamacare) eingebaut [13]. Allgemeininternisten in Praxis und Spital spielen bei der Patienten-zentrierten, koordinierenden, kontinuierlichen und nachhaltigen Patienten- und Angehörigenbetreuung eine wesentliche Rolle. Die Betonung von comprehensive, coordinated and continuous care ist insbesondere für multimorbide Patienten «Good News». Allgemeininternisten sollten sich als Spezialisten für Coordination, Comprehensiveness und Continuity positionieren, neben den Kerngebieten Grundversorgung, Differenzialdiagnose und der Betreuung von Patienten mit Disease-Disease Interactions. Für Letzteres braucht es neben einer spezialisierten Forschung auch die Entwicklung von mehr Selbstbewusstsein für entsprechend spezialisierte Allgemeininternisten. Die koordinierenden Betreuungsmodelle werden in den USA wie erwähnt wieder ausgebaut [14], auch, um Kosten zu dämmen. In der Schweiz stehen sie leider zunehmend unter Druck einer überspezialisierten, sich viel besser auszahlenden Medizin. Die hochpreisliche Arroganz dieser Tarifsituation und der damit verbundenen Haltung spiegelt der Begriff «Spitzenmedizin». In derselben semantischen Logik wären die komplexen Betreuungen von Patienten und Patientinnen mit Krankheiten aus sämtlichen Gebieten der Medizin in einem komplexen Netzwerk von Multimorbiditätsinteraktionen in einem hochgelegenen Bergdorf dann «Talmedizin» ...

Koordinierend, umfassend und nachhaltig! Sind wir und ist unser Gesundheitssystem reif dafür? Noch nicht! Aber vielleicht leistet diese Schwerpunktnummer der Praxis dazu weitere Impulse.

Bibliografie

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al.: Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet* 2012; 12: 60240–60242.
2. Battegay E, Cheetham M, Holzer BM, et al.: Multimorbiditätsmanagement im Alltagsdilemma. *Internist* 2017; 344–353.
3. Battegay EJ, Cheetham M: Choosing Wisely – An international and multimorbid perspective. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2017; 129: 27–30.
4. Schneider F, Kaplan V, Rodak R, et al.: Prevalence of multimorbidity in medical inpatients. *Swiss Med Wkly* 2012; 142: 13533.
5. Markun S, Holzer BM, Rodak R, et al.: Therapeutic conflicts in emergency department patients with multimorbidity: a cross-sectional study. *PLoS One* 2012; 9: e110309.
6. Gutermann IK, Niggemeier V, Zimmerli LU, et al.: Gastrointestinal bleeding and anticoagulant or antiplatelet drugs: systematic search for clinical practice guidelines. *Medicine* 2015; 94: e377.
7. Tatalovic M, Lehmann R, Nowak A, et al.: manuscript submitted.
8. Lecheler L, Richter M, Franzen DP, et al.: The frequent and underrecognised co-occurrence of acute exacerbated COPD and depression warrants screening: a systematic review. *Eur Res Rev* 2017; 26: 170026.
9. NIH: Multimorbidity MeSH Descriptor Data 2018 <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D000076322>; letzter Zugriff 30.4.2018.
10. Dumbreck S, Flynn A, Nairn M, et al.: Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines *BMJ* 2015; 350: h949 doi:10.1136/bmj.h949.
11. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. 2008. <http://scllo.smifk.ch/scllo2008/fulltext/general>; letzter Zugriff 30.4.2018.
12. Schweizerische Eidgenossenschaft: Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/beruf-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung/zunehmende-spez-humanmed-spitalorganisation.html>; letzter Zugriff 30.4.2018.
13. ACP: The advanced medical home. 2006. https://www.acponline.org/acp_policy/policies/adv_medicalhome_patient_centered_model_healthcare_2006.pdf; letzter Zugriff 30.4.2018.
14. Wikipedia: Patient Protection and Affordable Care Act . 2018. https://en.wikipedia.org/wiki/Patient_Protection_and_Affordable_Care_Act; letzter Zugriff 30.4.2018.

Prof. Dr. med. Edouard Battegay

Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
Universitätsspital Zürich

Edouard.Battegay@usz.ch

Prof. Dr. med. Thomas Zeltner

Ehemaliger Direktor des Bundesamts für Gesundheit

t.zelt@bluewin.ch